

„§ 37c SGB V

Außerklinische Intensivpflege

(1) Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben und zu dokumentieren. Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Absatz 1 Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,
3. an die Qualifikation der Leistungserbringer nach Nummer 2,
4. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Absatz 1 Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
5. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 des Elften Buches erbringen,

2. in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches,
3. in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 oder
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

Wünschen der Versicherten, die sich auf den Ort der Leistung nach Satz 1 richten, ist zu entsprechen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung an diesem Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.

Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung nach Satz 5 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. Ist die Feststellung nach Satz 4 oder die Überprüfung nach Satz 5 und Satz 6 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder der oder die Hausrechtsinhaber oder –inhaberin oder der oder die an den Wohnräumen Berechtigte zu der nach den Sätzen 4 bis 6 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in seinem Wohnbereich sein Einverständnis nicht erteilt, kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der Versicherte auf Leistungen an einem Ort im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden. Die §§ 65, 66, 67 des Ersten Buches bleiben unberührt.

(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 weitergewährt werden, wenn der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustands des Versicherten entfällt.

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr an die Krankenkasse. Versicherte, die außerklinische Intensivpflege an einem Ort im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 4 erhalten und die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung abweichend von Satz 1 den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Erfahrungen mit der Umsetzung des Anspruchs auf außerklinische Intensivpflege vor. Darin sind insbesondere aufzuführen

1. die Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle,
2. Angaben zur Leistungsdauer,
3. Angaben zum Leistungsort einschließlich Angaben zur Berücksichtigung von Wünschen der Versicherten,

4. Angaben zu Widerspruchsverfahren in Bezug auf die Leistungsbewilligung und deren Ergebnis sowie
5. Angaben zu Satzungsleistungen der Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 2.“

Begründung:

Zu § 37 a SGB V

Zu Absatz 1

Es wird ein neuer Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege eingeführt. Der Anspruch besteht für Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dabei handelt es sich um Versicherte, die bislang auch bei Unterbringung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 SGB XI erbringen, ausnahmsweise Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 hatten. Insoweit wird auf die bestehende, bewährte Abgrenzung des Anwendungsbereichs zurückgegriffen. Nach der Spezifizierung in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

In Anbetracht des Fachkräftemangels im Pflegebereich bezweckt die Neuregelung auch eine sachgerechte Allokation vorhandener Ressourcen, um nicht zuletzt die besonders aufwändige Versorgung in der eigenen Häuslichkeit des Versicherten weiterhin ermöglichen zu können, ohne die Versorgung anderer Versicherter zu gefährden.

Die Leistung der außerklinischen Intensivpflege bedarf einer Verordnung durch hierfür besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Ihnen gleichgestellt und mit umfasst sind alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 berechtigten besonders qualifizierten ärztlichen Leistungserbringer. Hierzu gehören neben medizinischen Versorgungszentren insbesondere ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie Einrichtungen, die ermächtigt werden, weil die ärztliche Versorgung der Versicherten ohne sie nicht sichergestellt wäre. Für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege besonders qualifiziert sind insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, sowie Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie, Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Mit der Leistung zur außerklinischen Intensivpflege soll ein individuelles, patientenzentriertes Therapieziel verfolgt werden. Um den Versicherten eine Bewertung der grundsätzlich erreichbaren Therapieziele zu ermöglichen, ist eine Erörterung des individuell festzustellenden Therapieziels mit den Patientinnen und Patienten vorgesehen. Bei Bedarf ist hierbei auch palliativmedizinische Fachkompetenz einzubeziehen. Bei beatmeten oder tracheotomierten Versicherten ist das Vorliegen der Indikation für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege besonders zu prüfen. Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte haben vor der Verordnung zu erheben, ob und inwieweit bei den Versicherten Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) besteht und dies sowie die hierfür erforderlichen Maßnahmen mit der Verordnung zu dokumentieren. Der Leistungsanspruch des Versicherten umfasst auch eine Beratung der Krankenkasse zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege und deren Verordnung jeweils für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für volljährige Versicherte getrennt. Besondere Berücksichtigung sollen dabei auch Fallgestaltungen finden, in denen ein im Kinder- und Jugendalter aufgetretenes Krankheitsbild weiterbesteht oder ein typisches

Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt. Damit soll den unterschiedlichen Bedarfen in verschiedenen Lebensphasen Rechnung getragen werden. Der Auftrag an den G-BA umfasst die Ausgestaltung von Inhalt und Umfang der Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer, von Anforderungen an die Qualifikation der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie von Anforderungen an die mit der Verordnung vorzunehmende Feststellung des Therapieziels sowie die Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials. Die Erhebung des Entwöhnungspotenzials kann auch durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt als die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt erfolgen, der oder die diesbezüglich besondere Kenntnisse hat (zum Beispiel durch eine Ärztin oder einen Arzt, die bzw. der in einer qualifizierten Entwöhnungseinrichtung tätig ist). Dies müssen keine Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte sein. Auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser sind berechtigt, das Entwöhnungspotenzial zu erheben. In diesem Fall sieht Satz 6 zudem vor, dass diese zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, d.h. die Regelungen vertragsärztlichen Versorgung sind insoweit auch auf die Tätigkeit dieser Ärzte anwendbar.

Auf Grundlage der Richtlinien hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5b Satz 2 den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie anzupassen. Da es sich hierbei um neue und förderungswürdige Leistungen handelt, sind diese entsprechend der Beschlusslage des Bewertungsausschusses zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten.

Zu Absatz 2

Außerklinische Intensivpflege wird in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach den § 42 oder § 43 SGB XI erbringen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI, in qualitätsgesicherten sogenannten Intensivpflege-Wohneinheiten oder in der eigenen Häuslichkeit oder sonst an einem geeigneten Ort, beispielsweise in Schulen, Kindergärten oder Werkstätten für behinderte Menschen erbracht. Bei der Leistungsentscheidung der Krankenkasse ist Wünschen der Leistungsberechtigten hinsichtlich des Orts der Leistung Rechnung zu tragen, soweit die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten Leistungsort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Wichtig ist dabei, dass die adäquate medizinische und pflegerische Versorgung kontinuierlich im Pflegealltag gewährleistet werden kann, denn Versorgungslücken im intensivpflegerischen Bereich könnten zu schweren, auch lebensbedrohlichen, Konsequenzen für den Versicherten führen. Können Versicherte ihre Wünsche nicht mehr selbst äußern, gilt Folgendes: Soweit Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe betroffen sind, richtet sich die Ermittlung und Berücksichtigung des Willens und der Wünsche des einwilligungsunfähigen Betroffenen nach § 1901a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Liegt keine Patientenverfügung nach dessen Absatz 1 vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- oder Behandlungssituation des Betroffenen zu, gelten die Vorgaben des § 1901a Absatz 2 und 3 BGB; zudem ist für die Feststellung des Patientenwillens § 1901b BGB maßgeblich.

Nach Satz 4 obliegt die Feststellung, ob die Voraussetzungen für eine intensivpflegerische Versorgung insgesamt (Absatz 1) und am gewünschten Leistungsort (Absatz 2) vorliegen, der Krankenkasse. Die Krankenkasse hat dabei in jedem Fall den Medizinischen Dienst (MD) mit einer Begutachtung zu beauftragen (vgl. § 275 Absatz 2). Eine persönliche Begutachtung ist aufgrund der komplexen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter und der Berücksichtigung des Leistungsortes, der aufgesucht werden muss, angezeigt; eine Entscheidung nach Aktenlage ist ausgeschlossen. Der MD hat im Rahmen dieser Begutachtung zu prüfen, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am gewünschten

Ort tatsächlich und dauerhaft sichergestellt werden kann. Mit Satz 5 und Satz 6 wird vorgegeben, dass die Krankenkasse den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege jährlich zu prüfen hat, bei Bedarf auch in einem kürzeren Abstand. Diese Prüfung dient insbesondere dazu, zu gewährleisten, dass die erforderliche medizinische und pflegerische Versorgung am jeweiligen Leistungsort auch hinsichtlich der Einhaltung der in Absatz 1 genannten Anforderungen tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist.

Unabhängig von der gewählten Wohnform können die Leistungsorte, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht wird, dem Schutzbereich von Artikel 13 Absatz 1 Grundgesetz unterfallen (Unverletzlichkeit der Wohnung), so dass für das Betreten durch den MD grundsätzlich eine Einwilligung des Schutzrechtsinhabers erforderlich ist. Erfolgt diese Einwilligung durch den oder die Versicherte, den oder die Hausrechtsinhaber oder –inhaberin oder den oder die an den Wohnräumen Berechtigten nicht, kann die Leistung an den Leistungsorten nach Absatz 1 Nummer 3 und 4 versagt werden. Der oder die Versicherte ist dann auf Leistungsorte nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 zu verweisen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI sowie die Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterliegen vielfältigen Qualitätskontrollen, beispielsweise auch dem Heimrecht der Länder. Ist eine Feststellung durch den MD, ob die medizinische und pflegerische Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist, durch die fehlende Einwilligung des oder der Versicherten nicht möglich, besteht die Gefahr einer nicht ausreichenden medizinischen Versorgung. Daher ist es in diesen Fällen angezeigt, die Versicherten auf einen Leistungsort zu verweisen, an dem nach den sonstigen Vorschriften zur Qualitätssicherung und des Heimrechts ein Mindestmaß an Güte der medizinischen und pflegerischen Versorgung vorausgesetzt werden kann. Die Regelungen des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) zu den Grenzen der Mitwirkung der Versicherten sowie zu den Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 65, 66 und 67 SGB I) bleiben gemäß Satz 7 unberührt.

Der MD übermittelt der Krankenkasse als Ergebnis seiner Begutachtung eine Empfehlung und die wesentlichen Gründe für diese Empfehlung. Die Krankenkasse plausibilisiert die Empfehlung des MD und stellt dann auf dieser Grundlage fest, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

Davon unabhängig erfolgen durch den MD auch Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach den Regelungen des § 275b. Diese Prüfungen beziehen sich stets auf einen Leistungserbringer. Dabei werden auch Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen, die sowohl Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in einer Wohneinheit mit mindestens zwei Versicherten nach § 37c (§ 132j Absatz 5 Ziffer 1) oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI (§ 132j Absatz 5 Ziffer 2), als auch Leistungen nach dem SGB XI erbringen, geprüft. Die Prüfungen finden als Regelprüfungen, die grundsätzlich unangemeldet erfolgen, und als von den Krankenkassen und ihren Verbänden initiierte Anlassprüfungen statt. Nur wenn ambulante Pflegedienste außerklinische Intensivpflegeleistungen in den Fällen des § 37c im Haushalt des Versicherten oder sonst an geeigneten Orten erbringen (§ 132j Absatz 5 Ziffer 4), werden die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einbezogen (vgl. § 275b Absatz 1 Satz 3).

Gegenstand der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sind nach der geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinie neben der Prüfung der Abrechnung der erbrachten Leistungen auch die Anwesenheit und Qualifikation des eingesetzten Personals sowie die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Im Rahmen dieser Qualitätsprüfungs-Richtlinie wurden für die aufwändigen und risikobehafteten Leistungen der intensivpflegerischen Versorgung spezifische Prüfparameter entwickelt.

Im Rahmen der Prüfungen erfolgt auch eine Inaugenscheinnahme einer Stichprobe von Versicherten, die durch den zu prüfenden Pflegedienst oder die zu prüfende Pflegeeinrichtung versorgt werden. Dabei dürfen die Gutachterinnen und Gutachter des MD Räume, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, nur betreten, wenn diese Versicherten eingewilligt haben, oder dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und

Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung wird insoweit eingeschränkt (§ 275b Absatz 2).

Für die Inaugenscheinnahme der Versicherten bzw. für das Betreten von Wohnräumen der Versicherten kann die Einwilligung oder der Widerspruch der Betroffenen erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Personen in die Qualitätsprüfung gegenüber den Gutachterinnen und Gutachtern des MD erklärt werden, d. h. am Tag der Prüfung.

Wenn die Gutachterinnen und Gutachtern des MD keinen Zugang zu den versorgten Versicherten erhalten, weil der oder die Versicherte widersprechen und keine dringenden Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung vorliegen, stehen dem MD nach geltendem Recht grundsätzlich folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Leistungserbringer sich entgegen seiner Mitwirkungspflichten (§ 275b Absatz 2 Satz 5 und 6) unkooperativ verhält, indem er z.B. systematisch den Zugang zu den Versicherten verhindert, und damit Zweifel an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers bestehen, informiert der MD die auftragserteilenden Krankenkassen (§ 275b Absatz 2 Satz 8 i. V. m. § 277 Absatz 1 Satz 4), die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Absatz 3b Satz 3) sowie die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde (§ 115 Absatz 1 Satz 1 SGB XI).

Liegen dem MD Anhaltspunkte dafür vor, dass bei dem Leistungserbringer oder an den Orten, an denen die Intensivpflege erbracht wird, infektionshygienisch relevante Mängel vorliegen, informiert er das zuständige Gesundheitsamt hierüber, welches die infektions-hygienische Überwachung vornimmt (§§ 23 Absatz 6 und 6a, 15a des Infektionsschutzgesetzes).

Besteht darüber hinaus in den genannten Fallkonstellationen der Verdacht auf eine Straftat, ist der MD befugt, die Ermittlungsbehörden zu informieren.

Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege kann nur bei Leistungserbringern verwirklicht werden, die hierfür Verträge mit den Krankenkassen nach § 132j Absatz 5 abgeschlossen haben. Den Verträgen sind die Rahmenempfehlungen nach § 132j Absatz 1 zugrunde zu legen.

Zu Absatz 3

Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels in den Pflegeberufen ist es wichtig, die vorhandenen Fachkräfte möglichst so einzusetzen, dass allen Versicherten eine bestmögliche Versorgung ermöglicht wird. Die stationäre Versorgung, die grundsätzlich einen effizienten Einsatz des vorhandenen Pflegepersonals ermöglicht, soll daher gestärkt werden. Zudem sollen Negativanreize im Hinblick auf die Entscheidung für eine stationäre Versorgung verringert werden. Die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, soll deshalb für die Versicherten nicht mit finanziellen Belastungen verbunden sein, die erheblich höher sind als in der ambulanten Versorgung. Die Beträge, die Versicherte bei einer stationären Versorgung aufgrund des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung selbst zu tragen haben, sollen daher durch punktuelle Erweiterungen des GKV-Leistungsanspruchs ausgeglichen werden. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst künftig bei Leistungserbringung in einer entsprechenden vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung, die notwendigen Investitionskosten sowie die nach § 87 SGB XI vereinbarten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Die Leistungen nach § 43 SGB XI sind hierbei anzurechnen.

Zusätzlich können die Krankenkassen in ihrer Satzung regeln, dass bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung die Leistung nach Satz 1 auch nach einer Besserung des Gesundheitszustandes weitergewährt wird, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach Absatz 1 eigentlich entfallen sind. Ansonsten wäre eine Besserung des Gesundheitszustands mit beträchtlichen wirtschaftlichen Nachteilen für den

Versicherten bzw. seine Angehörigen verbunden. Den damit einhergehenden Fehlanreizen können die Krankenkassen mit entsprechenden Satzungsregelungen begegnen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Zuzahlungen der Versicherten. Zu den Leistungen der außerklinischen Intensivpflege leisten die Versicherten Zuzahlungen, die sich bei Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach den §§ 42 oder 43 SGB XI erbringt oder in Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches oder in einer Wohneinheit im Sinne des § 132j Absatz 5 Nummer 1 an den bestehenden Zuzahlungsregelungen im stationären Bereich orientieren. Die Zuzahlung beträgt 10 Euro je Kalendertag, begrenzt auf 28 Tage. Wird die außerklinische Intensivpflege in den Fällen des § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 im Haushalt des Versicherten oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht, handelt es sich um eine besonders personal- und kostenintensive Leistung, zu der eine - im Rahmen der geltenden Belastungsgrenzen - höhere Zuzahlung sachgerecht ist. Die Versicherten leisten in diesen Fällen Zuzahlungen in Höhe von 10 vom Hundert der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung. In allen Fällen haben die Versicherten die Zuzahlungen nur bis zum Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 zu leisten.

Zu Absatz 5

Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, bis Ende des Jahres 2026 einen Bericht über die Umsetzung des neuen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege vorzulegen. Dabei sind auch die Satzungsregelungen der Krankenkassen nach Absatz 3 mit einzubeziehen. Ebenfalls soll der Bericht unter anderem Angaben über die Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen und der Anwendung der Regelung des Absatzes 2 Satz 7 bei fehlender Einwilligung zur Begutachtung im eigenen Wohnbereich enthalten. Der Bericht soll auf Grundlage einer validen Datenbasis einen umfassenden Überblick über die Umsetzung des neuen Leistungsanspruchs auf außerklinische Intensivpflege geben.